



ΟΝΟΜΑ:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

.....

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΑΜΚΑ:

ΑΦΜ:

ΔΟΥ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ:

.....

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ ΥΠΑΔ

Σας καταθέτω την Ονομαστική Συγκεντρωτική Κατάσταση και τα ατομικά έντυπα (προσωπικά λευκά συνταγολόγια σύμφωνα με την αίτηση συνεργασίας με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) των ασφαλισμένων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που εξέτασα στο Ιατρείο μου το Μήνα του έτους

Ο/Η Αιτών/ούσα